



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BEKNOPT VERSLAG

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

COMMISSIE VOOR DE SOCIALE ZAKEN

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

woensdag

mercredi

05-02-2003

05-02-2003

14:23 uur

14:23 heures

INHOUD

Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de antiselectie in de aanvullende verzekering voor kleine risico's" (nr. A803)

Sprekers: **Yolande Avontroodt, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Vraag van de heer Olivier Chastel aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het wegwerken van de negatieve gevolgen van de cumulatie van sommige sociale uitkeringen" (nr. A817)

Sprekers: **Olivier Chastel, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Samengevoegde vragen van 4
 - de heer Peter Vanvelthoven aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de kosten van medische behandeling van Nederlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A830) 4
 - mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het sociale Europa" (nr. A861) 4
 - mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de overeenkomst met Groot-Brittannië inzake de opvang van Britse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A904) 4
 - de heer Jo Vandeuren aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het akkoord met de Britse overheid over de behandeling van Britse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A907) 4

Sprekers: **Peter Vanvelthoven, Yolande Avontroodt, Annemie Van de Casteele, Jo Vandeuren, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Vraag van de heer Jo Vandeuren aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van materiaal voor ziekenhuizen" (nr. A869) 13

Sprekers: **Jo Vandeuren, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

Vraag van mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van het geneesmiddel Pegasys" (nr. A903) 15

Sprekers: **Annemie Van de Casteele, Frank Vandenbroucke**, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

SOMMAIRE

Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la discrimination négative en ce qui concerne l'assurance complémentaire des petits risques" (n° A803) 1

Orateurs: **Yolande Avontroodt, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question de M. Olivier Chastel au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la neutralisation de l'effet pervers de certains cumuls d'allocations sociales" (n° A817) 2

Orateurs: **Olivier Chastel, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Questions jointes de 4
 - M. Peter Vanvelthoven au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les coûts des traitements médicaux dispensés à des patients néerlandais dans les hôpitaux belges" (n° A830) 4
 - Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'Europe sociale" (n° A861) 4
 - Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'accord conclu avec la Grande-Bretagne concernant l'accueil de patients britanniques dans des hôpitaux belges" (n° A904) 4
 - M. Jo Vandeuren au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'accord conclu avec la Grande-Bretagne concernant l'accueil de patients britanniques dans des hôpitaux belges" (n° A907) 4

Orateurs: **Peter Vanvelthoven, Yolande Avontroodt, Annemie Van de Casteele, Jo Vandeuren, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question de M. Jo Vandeuren au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement de matériel pour les hôpitaux" (n° A869) 13

Orateurs: **Jo Vandeuren, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

Question de Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement du médicament Pegasys" (n° A903) 15

Orateurs: **Annemie Van de Casteele, Frank Vandenbroucke**, ministre des Affaires sociales et des Pensions

**COMMISSIE VOOR DE SOCIALE
ZAKEN**

van

WOENSDAG 05 FEBRUARI 2003

14:23 uur

**COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES**

du

MERCREDI 05 FEVRIER 2003

14:23 heures

De vergadering wordt geopend om 14.23 uur door de heer Jo Vandeurzen, voorzitter.

Het incident is gesloten.

01 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de antiselectie in de aanvullende verzekering voor kleine risico's" (nr. A803)**

01.01 **Yolande Avontroodt (VLD):** Zelfstandigen kunnen zich verzekeren tegen kleine risico's in de gezondheidszorg door een verzekering kleine risico's te nemen, hetzij bij een private verzekeringsmaatschappij, hetzij bij de mutualiteit. Hoewel de mutualiteiten overheidssubsidies ontvangen, hanteren zij nog steeds verschillende bijdrageschalen op basis van de risico's van de patiënten en sluiten zij zelfstandigen ouder dan 50 jaar uit. Vroeger hebt u reeds geopperd dat die leeftijdsgrens zou kunnen versoepeld worden.

Ook op het vlak van de medicatie is er een probleem: zelfstandigen kunnen bijvoorbeeld geen terugbetaling krijgen van immunosuppressiva na een harttransplantatie, nochtans een levensreddend geneesmiddel. Bovendien kunnen zij niet genieten van de regelingen betreffende de maximumfactuur.

Is het rechtvaardig dat zelfstandigen levensreddende geneesmiddelen uit categorie A zelf moeten betalen, terwijl werknemers die gratis krijgen? Verhoogt de discrepantie tussen beide categorieën niet het risico op een geneeskunde met twee snelheden? Zal de toetredingsleeftijd en dus de toegankelijkheid voor zelfstandigen worden versoepeld?

La séance est ouverte à 14.23 heures par M. Jo Vandeurzen, président.

L'incident est clos.

01 **Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la discrimination négative en ce qui concerne l'assurance complémentaire des petits risques" (n° A803)**

01.01 **Yolande Avontroodt (VLD):** Les travailleurs indépendants peuvent s'assurer contre les petits risques en matière de soins de santé en contractant une assurance petits risques, soit auprès d'une compagnie d'assurance privée, soit auprès de la mutualité. Bien que les mutualités reçoivent des subsides publics, elles utilisent toujours des échelles de cotisations basées sur les risques des patients et elles excluent les travailleurs indépendants âgés de plus de 50 ans. Vous aviez déjà indiqué par le passé que cette limite d'âge pourrait être assouplie.

Un problème se pose également sur le plan des médicaments: les travailleurs indépendants ne peuvent, par exemple, pas obtenir de remboursement des médicaments immunosuppresseurs alors que ces médicaments sont susceptibles de sauver des vies après une transplantation cardiaque. En outre, ils ne peuvent bénéficier du régime de la facture maximale.

Est-il juste que les indépendants doivent payer eux-mêmes des médicaments de la catégorie A susceptibles de sauver des vies, alors que les travailleurs les reçoivent gratuitement? Le décalage entre les deux catégories n'augmente-t-il pas le risque de voir apparaître une médecine à deux vitesses? L'âge d'adhésion, et donc l'accès pour les indépendants, sera-t-il assoupli?

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Op uw eerste vraag antwoord ik principieel positief. Iedereen zou op dezelfde basis moeten verzekerd worden voor medische kosten, zeker als het gaat over levensnoodzakelijke geneesmiddelen of behandelingen.

Ook op de tweede vraag antwoord ik positief: het vrijwillige karakter van de aanvullende verzekering zorgt ervoor dat niet alle zelfstandigen verzekerd zijn. Ik pleit ervoor de kleine risico's ook op te nemen in de wettelijk verplichte ziekteverzekering.

Wettelijk is er geen leeftijdsgrens voor de verzekering "kleine risico's". Deze grens is er gekomen na een rondzendbrief van de controledienst van de ziekenfondsen na belangrijke financiële tekorten. Ik bevestig dat ik geen bezwaar heb tegen het versoepelen van de leeftijdsgrens.

Dit dossier is voor mij prioritair.

01.03 **Yolande Avontroodt** (VLD): Ik vraag heel concreet nu reeds stappen te ondernemen voor wat betreft de levensreddende medicatie. De tijd dringt.

01.04 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Dat is zo, maar het lijkt mij niet zinvol geneesmiddelen te verschuiven van de kleine naar de grote risico's. Er moet fundamenteel iets gebeuren met het hele dossier. Dat is een prioriteit voor de volgende regering. Ik kan op heel korte termijn niets meer ondernemen. Dat betekent niet dat ik de vraag naast mij neerleg: ik geef er een principieel antwoord op.

Het incident is gesloten.

02 **Vraag van de heer Olivier Chastel aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het wegwerken van de negatieve gevolgen van de cumulatie van sommige sociale uitkeringen" (nr. A817)**

Voorzitter: Jean-Marc Delizée, voorzitter.

02.01 **Olivier Chastel** (MR): Bepaalde verhogingen in een stelsel van sociale uitkeringen kunnen soms tot een waardedaling leiden als ze worden gecombineerd met uitkeringen die verschuldigd zijn krachtens een ander stelsel van

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): Sur le plan des principes, je peux répondre positivement à votre première question. Chacun devrait être assuré sur une base identique pour les frais médicaux, surtout lorsqu'il s'agit de médicaments ou de traitements d'importance vitale.

Ma réponse à votre deuxième question est également positive: le caractère volontaire de l'assurance complémentaire a pour conséquence que certains indépendants ne sont pas assurés. Il serait utile que les petits risques soient inclus dans l'assurance maladie obligatoire.

Légalement, il n'existe pas de limite d'âge pour l'assurance « petits risques ». Cette limite est la conséquence d'une circulaire du service de contrôle des mutualités prise à la suite de déficits financiers importants. Je confirme que je n'ai pas d'objections à un assouplissement de la limite d'âge.

Ce dossier est pour moi prioritaire.

01.03 **Yolande Avontroodt** (VLD): Très concrètement, je demande que des démarches soient entreprises en ce qui concerne les médicaments susceptibles de sauver des vies. Le temps presse.

01.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): Des mesures ont été prises mais il ne me semble guère utile de déplacer des médicaments des petits vers les gros risques. Des initiatives radicales doivent s'imposer dans ce dossier. Ce sera une priorité du prochain gouvernement. Je ne puis plus rien entreprendre à très court terme. Cela ne signifie pas que je fais fi de cette demande: j'y apporte une réponse de principe.

L'incident est clos.

02 **Question de M. Olivier Chastel au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "la neutralisation de l'effet pervers de certains cumuls d'allocations sociales" (n° A817)**

Président: Jean-Marc Delizée, président.

02.01 **Olivier Chastel** (MR): Certaines augmentations dans un régime d'allocations sociales peuvent parfois se traduire par une moins-value lorsqu'elles sont combinées avec des allocations dues en vertu d'autres régimes de

sociale zekerheid.

Het college van federale ombudsmannen had aanbevolen om een systeem in te stellen zodat dit nadelig gevolg kan worden weggewerkt of progressiviteit bij de cumulatie kan worden ingevoerd. In april jongstleden hebt u verklaard dat het voorstel om uit te gaan van progressieve inkomensgrenzen diende te worden onderzocht.

Hebt u er nog hoop op dat er binnenkort een structurele oplossing uit de bus komt? Zo ja, kunt u ons dan de aangeroerde problematiek verduidelijken en ons meedelen of er evolutie in het dossier zit?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Frans*): In het kader van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van 14 juli 1994 werd niet voorzien in een systematische aanpassing van het niet te overschrijden bedrag om als persoon ten laste te worden beschouwd.

Er werd toch besloten de niet te overschrijden maximumgrens aan te passen zodat de verzekerde die samenwoont met een andere uitkeringsgerechtigde en als gezinshoofd een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, deze hoedanigheid niet verliest door de verhoging van het aan de andere uitkeringsgerechtigde toegekende bedrag.

Die maatregel werd genomen naar aanleiding van het optrekken van het bedrag van de werkloosheidsuitkering voor samenwonenden en van sommige pensioenen. Dankzij eerstgenoemde maatregel kunnen alle gecontroleerde samenwonende werklozen beschouwd worden als zijnde persoon ten laste van een arbeidsongeschikte gerechtigde.

De maximumgrens om als persoon ten laste te kunnen worden beschouwd, werd op 1 januari 2003 nog opgetrokken, naar aanleiding van de invoering van de werkloosheidscodes 55 tot 58. Dank zij de tweede maatregel kunnen alle gecontroleerde samenwonende werklozen verder als persoon ten laste worden beschouwd.

Het beheercomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers heeft een derde verhoging voorgesteld, om de verhoging van bepaalde pensioenen, die gepland is voor 1 april 2003, volledig te compenseren. Er werd al een principieel standpunt ingenomen.

02.03 **Olivier Chastel** (MR): Ik stel vast dat de toestand opmerkelijk verbetert door de combinatie

sécurité sociale.

Le collège des médiateurs fédéraux avait recommandé d'instaurer un système permettant soit de neutraliser cet effet pervers, soit d'instaurer une progressivité dans les cumuls. En avril dernier, vous m'aviez précisé que la proposition visant à passer à des limites de revenus plus graduelles méritait d'être examinée.

Espérez-vous encore une solution fondamentale dans un délai rapproché? Si oui, pouvez-vous nous préciser la problématique évoquée et si elle a évolué?

02.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en français*): Dans le cadre de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé du 14 juillet 1994, il n'a pas été prévu d'adapter systématiquement le montant à ne pas dépasser pour être considéré comme personne à charge.

Il a toutefois été décidé d'adapter le plafond à ne pas dépasser afin que l'assuré cohabitant avec un autre allocataire social, et percevant des indemnités d'incapacité de travail en qualité de titulaire ayant charge de famille, ne perde pas cette qualité à la suite de l'augmentation du montant octroyé à cet autre allocataire social.

Cette mesure a été prise suite à l'augmentation du montant de l'allocation de chômage pour le cohabitant et de certaines pensions. Grâce à cette première mesure, tous les chômeurs contrôlés cohabitants peuvent être considérés comme personne à charge d'un titulaire en incapacité de travail.

Le plafond à ne pas dépasser pour être considéré comme personne à charge a encore été relevé, le 1^{er} janvier 2003, suite à l'introduction des codes de chômage 55 à 58. Grâce à cette deuxième mesure, tous les chômeurs contrôlés cohabitants peuvent continuer à être considérés comme personne à charge.

Une troisième augmentation a été proposée par le comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés pour compenser intégralement l'augmentation de certaines pensions prévue pour le 1^{er} avril 2003. Une position de principe a déjà été adoptée.

02.03 **Olivier Chastel** (MR): Je constate qu'un certain nombre de mesures, combinées les unes

van een aantal maatregelen.

Het incident is gesloten.

03 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Peter Vanvelthoven aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de kosten van medische behandeling van Nederlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A830)
- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het sociale Europa" (nr. A861)
- mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de overeenkomst met Groot-Brittannië inzake de opvang van Britse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A904)
- de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het akkoord met de Britse overheid over de behandeling van Britse patiënten in Belgische ziekenhuizen" (nr. A907)

03.01 **Peter Vanvelthoven** (SP.A): Ik had u een tijdje geleden een vraag gesteld over de prijzen die ziekenhuizen mogen aanrekenen aan Nederlanders die hier plastische chirurgie ondergaan. U antwoordde toen dat men enkel de toegestane verpleegdagprijs mag aanrekenen eventueel met een supplement voor een éénpersoonskamer. Een Genks ziekenhuis heeft onlangs een contract afgesloten met CZ, de grootste Nederlandse zorgverzekeraar, waarbij deze voortaan meer moet betalen. De toevloed van Nederlandse patiënten doet volgens het ziekenhuis de kosten stijgen omdat het RIZIV een ligdagprijs betaalt, berekend op de kosten voor een 'gemiddelde patiënt'.

Omdat het niet de eerste opdracht is van een Belgisch ziekenhuis om Nederlandse patiënten te verzorgen, rekent het ziekenhuis die kosten door aan CZ. Het toeval wil dat de minister onlangs een akkoord heeft afgesloten met de Britse regering om Britse patiënten in Belgische ziekenhuizen te behandelen. Dit aanrekenen van de reële kosten gaat in tegen uw antwoord waarin u zegt dat enkel de toegestane verpleegdagprijs mag aangerekend worden.

Mogen de ziekenhuizen meer aanrekenen of niet? Is er, zowel wat Nederland als wat Engeland betreft, toezicht vanwege de Belgische overheid?

aux autres, améliorent sensiblement la situation.

L'incident est clos.

03 **Questions jointes de**

- M. Peter Vanvelthoven au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "les coûts des traitements médicaux dispensés à des patients néerlandais dans les hôpitaux belges" (n° A830)
- Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'Europe sociale" (n° A861)
- Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'accord conclu avec la Grande-Bretagne concernant l'accueil de patients britanniques dans des hôpitaux belges" (n° A904)
- M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "l'accord conclu avec la Grande-Bretagne concernant l'accueil de patients britanniques dans des hôpitaux belges" (n° A907)

03.01 **Peter Vanvelthoven** (SP.A): Il y a quelque temps, je vous ai posé une question sur les prix que doivent facturer les hôpitaux aux Néerlandais qui subissent une intervention de chirurgie plastique dans notre pays. Vous m'avez répondu à l'époque que seul le prix de journée autorisé pouvait être porté en compte, majoré éventuellement d'un supplément pour une chambre individuelle. Un hôpital de Genk a récemment conclu avec CZ, le principal organisme d'assurance maladie néerlandais, un contrat aux termes duquel l'intervention de ce dernier serait désormais majorée. D'après les responsables de l'hôpital, l'afflux de patients néerlandais se traduit par une augmentation des coûts dans la mesure où l'INAMI paie un prix de journée calculé sur la base du coût d'un "patient moyen".

Etant donné que la première mission des hôpitaux belges n'est pas de soigner les patients néerlandais, les hôpitaux facturent les frais à CZ. Il se fait que le ministre a récemment conclu un accord avec le gouvernement britannique en vue du traitement de patients britanniques dans des hôpitaux belges. La facturation des frais réels est en contradiction avec votre réponse, dans laquelle vous avez affirmé que seul le prix de la journée d'hospitalisation convenu peut être facturé.

Les hôpitaux ont-ils le droit de facturer un montant supérieur au prix de la journée d'hospitalisation? Les autorités belges exercent-elles un contrôle, en ce qui concerne tant les Pays-Bas que la Grande-Bretagne?

03.02 Yolande Avontroodt (VLD): Ik kwam tot deze vraag via de website van *De Standaard*, waar de minister zijn mening ventileert over het sociale Europa. Het vrij verkeer van goederen en diensten is een van de basisprincipes van de Europese Unie. Hoe vertalen we dit naar de gezondheidszorg en de sociale verzekerbaarheid? We hebben hier al over gediscussieerd naar aanleiding van de resolutie over de aanvullende verzekeringen, maar het is misschien beter om een breder debat te voeren via een ad hoc commissie of een task force.

03.02 Yolande Avontroodt (VLD): La présente question m'a été inspirée par un article que j'ai trouvé sur le site internet du *Standaard* et dans lequel le ministre s'exprime à propos de l'Europe sociale. La libre circulation des biens et des services constitue l'un des principes cardinaux de l'Union européenne. Comment transposons-nous ce principe dans le domaine des soins de santé et de l'assurabilité sociale ? Nous avons déjà abordé ce sujet dans le cadre de la résolution concernant les assurances complémentaires mais il serait peut-être préférable d'élargir le débat en créant une commission *ad hoc* ou une *task force*.

Is de werkgroep die zich met het sociale Europa bezighoudt al tot conclusies gekomen? Kunnen die conclusies in het Parlement worden behandeld? Het onderzoek van professor De Grauwe en mevrouw Polan over de invloed van de marktintegratie op de sociale zekerheid toont aan dat OESO-landen die een goede sociale zekerheid hebben over het algemeen competitiever zijn. Wat is de conclusie van de minister hierover?

Le groupe de travail en charge de l'Europe sociale a-t-il déjà formulé des conclusions ? Lesdites conclusions peuvent-elles être examinées par le Parlement ? L'étude du professeur De Grauwe et de Mme Polan relative à l'influence de l'intégration des marchés sur la sécurité sociale démontre que les pays de l'OCDE disposant d'une bonne assurance sociale sont en général plus compétitifs. Quelle est la conclusion du ministre à cet égard ?

03.03 Annemie Van de Casteele (VU&ID): In de media vernamen wij dat minister Vandenbroucke en Tavernier een akkoord sloten met de Britse minister Hutton over de verzorging van Britse patiënten in Belgische ziekenhuizen.

03.03 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Les médias nous ont appris que les ministres Tavernier et Vandenbroucke ont conclu avec le ministre britannique Hutton un accord sur le traitement de patients anglais dans des hôpitaux belges.

Wat is de inhoud van dit akkoord? Gaat het fundamenteel om het vullen van lege bedden? Wat gebeurt er wanneer andere Europese landen een gelijkaardig akkoord willen afsluiten? Zullen er in dat geval prioriteiten worden vastgelegd? Maakt de regering op deze manier geen markt van de gezondheidszorg? Hoe zullen de kosten berekend worden bij buitenlandse patiënten? In welke mate zal men met deze patiënten rekening houden bij de financiering van de ziekenhuizen? Welke afspraken werden er gemaakt over het taalgebruik in deze ziekenhuizen?

Quelle est la teneur de cet accord ? Porte-t-il essentiellement sur l'occupation de lits vides ? Qu'advient-il si d'autres pays européens souhaitent conclure avec nous un accord de ce type ? Fixerez-vous alors des priorités ? En agissant de la sorte, le gouvernement ne transforme-t-il pas le secteur des soins de santé en marché ? Comment les frais d'hospitalisation de ces patients étrangers seront-ils calculés ? Dans quelle mesure tiendrez-vous compte de ces patients dans votre politique de financement des hôpitaux ? Quels accords ont été passés concernant l'emploi des langues dans ces hôpitaux ?

Hoe ziet de minister de evolutie van dergelijke overeenkomsten in het kader van de Europese Unie? Is er in het akkoord sprake van het wegwerken van wachtlijsten door Groot-Brittannië? Zouden onze lege bedden niet beter gebruikt worden voor patiënten uit landen zonder een efficiënte gezondheidszorg?

Comment évolueront ces accords dans le cadre de l'Union européenne, selon vous ? Evoque-t-on, dans cet accord, le fait que la Grande-Bretagne veut ainsi régler son problème de listes d'attente ? Ne serait-il pas préférable de mettre nos lits inoccupés à la disposition de patients provenant de pays dépourvus d'une structure efficace de soins de santé ?

03.04 Jo Vandeuren (CD&V): Ik heb vragen bij het recente akkoord tussen de federale regering en de Britse overheid over de behandeling van Britse patiënten in Belgische ziekenhuizen.

03.04 Jo Vandeuren (CD&V): Je me pose des questions sur l'accord intervenu entre le gouvernement fédéral et les autorités britanniques en ce qui concerne le traitement de patients

britanniques dans des hôpitaux belges.

Welke juridische waarde heeft dit akkoord? Wat zijn de gevolgen voor de betrokken ziekenhuizen en artsen? Hoe worden de prijzen berekend, die de artsen en de ziekenhuizen mogen aanrekenen in het licht van de nieuwe ziekenhuisfinanciering? Hoe zal de minister vermijden dat dit akkoord ten koste gaat van Belgische patiënten, die onder de Belgische sociale zekerheid vallen?

Quelle valeur juridique cet accord revêt-il ? Quelles sont les conséquences pour les hôpitaux et les médecins concernés ? Comment sont calculés les prix que les médecins et les hôpitaux peuvent appliquer sur la base du nouvel accord sur le financement des hôpitaux ? Comment le ministre évitera-t-il que cet accord soit mis en oeuvre au détriment des patients belges qui ressortissent à la Sécurité sociale belge ?

03.05 Minister **Frank Vandenbroucke** (Nederlands): Ik zal proberen om de gecombineerde vragen samen te beantwoorden. Ik ga akkoord met de sprekers dat hier een fundamenteel probleem wordt aangekaart. Het is belangrijk een duidelijke visie te hebben op de mobiliteit van patiënten in Europa en dit geldt niet enkel voor de grensregio's. De Europese samenwerking biedt veelbelovende perspectieven, zo moet niet elk land over dezelfde technologie beschikken, maar wordt specialisatie mogelijk. Er zijn echter ook risico's. De interactie tussen de verschillende sociale systemen kan zich ongecontroleerd ontwikkelen en kan leiden tot deregulering van de vrije markt. Als de Britten overall in de wereld medische zorgen gaan kopen, kan dat leiden tot privatisering. Ook Nederlandse particulier verzekerden veroorzaken problemen wanneer ze beginnen te shoppen in de Europese gezondheidszorg.

03.05 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en néerlandais): Je vais m'efforcer de répondre aux questions combinées. Je pense comme les orateurs qu'il s'agit en l'espèce d'un problème fondamental. Il importe d'avoir un aperçu précis de la mobilité des patients en Europe et pas seulement dans les régions frontalières. La collaboration européenne offre des perspectives prometteuses. Ainsi, chaque pays ne devra plus disposer des mêmes technologies, ce qui ouvre la voie à la spécialisation. Mais cette approche comporte également des risques. L'interaction entre les différents systèmes sociaux peut être incontrôlée et mener à la dérégulation du marché libre. L'achat, partout dans le monde des soins médicaux par les Anglais pourrait conduire à la privatisation. De même, les Néerlandais assurés sur le marché libre sont source de problèmes lorsqu'ils se mettent à faire du shopping dans le secteur européen des soins de santé.

Er is een dubbel probleem. Enerzijds moet de financiële rekening kloppen en moeten buitenlandse patiënten betalen wat zij kosten. Anderzijds moet de wijze waarop de interactie wordt georganiseerd onze eigen sociale keuzes respecteren. België wil noch een zuiver staatsoptreden, noch een vrije markt. Wij hebben een conventiesysteem en willen dat behouden.

Le problème est double. D'une part, le calcul financier doit être exact et les patients étrangers doivent payer ce qu'ils coûtent. D'autre part, l'interaction doit être organisée dans le respect de nos propres choix sociaux. La Belgique n'opte ni pour une intervention purement étatique, ni pour le marché libre. Nous sommes dotés d'un système de convention et nous souhaitons le conserver.

Het Europees Hof en de Europese Commissie moeten duidelijke richtingaanwijzers zetten. Dezelfde uitdaging geldt ook voor de pensioenen en de vormingsfondsen. Die regels moeten uiteindelijk in het EU-verdrag worden opgenomen. Ik verdedigde dit in de werkgroep sociaal beleid van de Conventie.

La Cour européenne et la Commission européenne doivent indiquer des orientations claires. Le même défi doit être relevé pour les retraites et les fonds de formation. Ces règles devront en définitive être insérées au traité de l'Union européenne. Voilà la position que j'ai défendue au sein du groupe de travail sur la politique sociale de la Convention.

Patiëntenmobiliteit wordt geregeld door verordening 1408/71. De organisatie van die mobiliteit respecteert de eigenheid en cohesie van de nationale systemen. Een Britse patiënt wordt bijvoorbeeld eventjes opgenomen in het Belgisch systeem en krijgt een rekening toegestuurd. Het Europees Hof van Justitie heeft daarover echter twijfel gezaaid door een soort vrije ruimte te insinueren.

La mobilité des patients est régie par le règlement 1408/71. L'organisation de cette mobilité respecte les particularités et la cohésion des régimes nationaux. Un patient britannique qui est par exemple hospitalisé pour un certain temps dans le système belge, recevra la facture par courrier. La Cour européenne de Justice a toutefois suscité des doutes à ce propos en donnant à penser qu'il existe en quelque sorte une certaine marge de

manoeuvre.

Ik wil de verordening 1408/71 moderniseren en gaf de aanzet daartoe tijdens het Belgisch Voorzitterschap en in de Conventie. Om de verordening te wijzigen is echter een gekwalificeerde meerderheid nodig.

Met de Britten kon ik contracten afsluiten in de geest van verordening 1408. Met Nederland kon dat niet en moet verder worden overlegd. In Nederland is een deel van de bevolking particulier verzekerd. Die groep werd vooralsnog doelbewust uit de verordening 1408 gehouden. Voor hen bestaat geen kader wanneer ze de grens overtrekken.

Ik bevestig mijn antwoord op de vorige vraag nr. A496 van de heer Vanvelthoven waarin ik verwees naar artikel 104ter van de ziekenhuiswet. Behoudens de kamersupplementen kan dus in geen enkel geval een hoger bedrag worden aangerekend voor de verblijfkost.

Moeten zware patiënten niet zwaarder gefactureerd worden? De Britten krijgen, zoals de Belgen, een gemiddelde factuur toegestuurd. Zware patiënten "profiteren" dus als het ware een beetje van ons systeem. In de EU geldt echter het principe van de gelijkheid van behandeling. Daarvan afwijken, en dus van het Belgisch systeem, is niet evident.

Het basisprincipe is dus verordening 1408 toepassen. Dat geldt zowel voor de Britten als voor de Nederlanders die verzekerd zijn via de ziekenfondswet. Het EU-principe van gelijkheid van behandeling vergt dat, indien aan een Nederlandse particulier verzekerde meer wordt aangerekend, het objectief bewijs wordt geleverd dat die hogere factuur gegrond is. Het debat met Nederland moet zeker gevoerd worden.

Inzake patiëntenmobiliteit bestaat nu al een procedure in artikel 22 van verordening 1408/71 over de toepassing van de sociale zekerheidsregels. Moeten de lidstaten niet in overweging nemen dit soepeler toe te passen? Een transparant kader creëren, is een vorm van goed bestuur.

Het raamakkoord tussen België en Engeland kadert daarin. Bovendien heeft de Europese Raad van ministers van Gezondheid op 26 juni 2002 een aantal conclusies aangenomen inzake patiëntenmobiliteit. De Raad erkent dat bilaterale

J'ai l'intention de moderniser le règlement 1408/71. J'ai amorcé cette réforme pendant la présidence belge de même qu'au sein de la Convention pour l'avenir de l'Europe. Toutefois, pour modifier le règlement, il faut une majorité qualifiée.

J'ai pu conclure des contrats avec les Britanniques dans l'esprit du règlement 1408. Cela n'a pas été possible avec les Pays-Bas et il faudra donc poursuivre la concertation avec ce pays. Aux Pays-Bas, une partie de la population a en effet souscrit des assurances privées. Jusqu'ici, cette catégorie de la population hollandaise a été délibérément exclue du champ d'application du règlement 1408. Pour ces personnes, il n'existe pas de cadre légal lorsqu'elles franchissent la frontière.

Je confirme ma réponse à la question précédente, n° A496, de M. Vanvelthoven dans laquelle j'ai fait référence à l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux. Par conséquent, hormis les suppléments pour la chambre, un montant supérieur ne peut en aucun cas être facturé pour les frais de séjour à l'hôpital.

Ne conviendrait-il pas de faire payer plus les patients auxquels des soins lourds doivent être dispensés ? Les Britanniques reçoivent, comme les Belges, une facture moyenne. Dès lors, les patients nécessitant des soins importants « profitent » pour ainsi dire un peu de notre système. Mais dans l'UE, le principe de l'égalité de traitement s'applique. Y déroger et, partant, déroger au système belge ne va pas de soi.

Le principe de base est donc l'application du règlement 1408. Cela vaut tant pour les Britanniques que pour les Néerlandais assurés par le biais de la loi relative aux mutualités. Le principe européen d'égalité de traitement exige que si l'on facture davantage à un Néerlandais disposant d'une assurance privée, il faut apporter la preuve objective que cette différence est justifiée. Cette question doit certainement être débattue avec les Pays-Bas.

En ce qui concerne la mobilité des patients, une procédure est déjà prévue à l'article 22 du règlement 1408/71 relatif à l'application des règles de sécurité sociale. Les Etats membres ne devraient-ils pas envisager de l'appliquer avec souplesse? La création d'un cadre transparent relève de la bonne gouvernance.

L'accord cadre conclu entre la Belgique et la Grande-Bretagne s'inscrit dans ce contexte. En outre, le Conseil européen des ministres de la Santé du 26 juin 2002 a adopté une série de conclusions en matière de mobilité des patients. Le

en regionale afspraken mogelijk zijn, die de bevoegdheid van de lidstaten eerbiedigen om hun gezondheidsstelsels te organiseren en bovendien stroken met de Europese wetgeving. Dergelijke akkoorden moeten leiden tot een betere samenwerking tussen de nationale gezondheidsstelsels met het oog op de complementariteit van onze zorgstelsels, eerder dan op het eenzijdig exporteren van patiënten.

Het afgesloten bilateraal akkoord kan worden beschouwd als een akkoord in overeenstemming met artikel 8 van de verordening 1408/71. Het wil een kader creëren waarin Britse NHS-patiënten en Belgische zorgverstrekkers overeenkomsten kunnen afsluiten. De ziekenhuizen moeten een contract afsluiten met de *NHS Lead Commissioner*, de Britse gevolmachtigde, met respect voor de bepalingen in het raamakkoord. Dat raamakkoord bepaalt dat NHS-patiënten niet meer mag worden aangerekend dan de Belgische patiënten en dat de Britten geen voorrang kunnen krijgen op de Belgen. Er kan dus enkel gebruik gemaakt worden van de eventuele overcapaciteit in onze ziekenhuizen. Wij zullen de toepassing van deze contracten volgen en indien nodig sanctioneren. Het raamakkoord maakt overigens geen gewag van het wegwerken van Britse wachtlijsten.

Het verslag van de werkgroep Sociale Zaken van de Conventie steunt mijn standpunt inzake de vrijwaring van "gemengde" sociale en gezondheidssystemen. Ik hoop dat mijn tekst - die overigens kan worden gelezen op mijn webstek - zal worden opgenomen in artikel 3 van het nieuwe EU-verdrag.

Er is op dit vlak al heel wat vooruitgang geboekt. Zo ondersteunen een aantal leden van de werkgroep mijn stelling dat we een soort van horizontale clause nodig hebben in het Europese Verdrag. Met de hulp van juristen heb ik een tekst geformuleerd, die ik zou willen opnemen in artikel 3. Deze tekst vindt u terug op mijn website en sprak ik uit op de Conventie van 21 januari: "bij alle activiteiten en in elke beleidsvorm moet de Unie rekening houden met het feit dat de lidstaten systemen van sociale zekerheid uitbouwen, waarbij zij solidariteit, toegankelijkheid en hoge kwaliteit organiseren." Als dit principe in het verdrag kan worden ingeschreven, zal dit een belangrijke richtingaanwijzer zijn voor het Hof van Justitie.

De sociale werkgroep van de Conventie heeft ook positief gereageerd op mijn pleidooi om een methodiek vast te leggen in het verdrag. Ik noem dit

Conseil reconnaît que sont possibles des accords bilatéraux et régionaux qui respectent la compétence des Etats membres en ce qui concerne l'organisation de leurs systèmes de soins de santé et qui soient, en outre, conformes à la législation européenne. De tels accords doivent permettre une meilleure collaboration entre les systèmes de soins de santé nationaux en vue de favoriser leur complémentarité, plutôt que l'exportation unilatérale de patients.

L'accord bilatéral conclu peut être considéré comme un accord conformément à l'article 8 du règlement 1408/71. Il tend à créer un cadre dans lequel les patients du NHS britannique et les prestataires de soins belges peuvent conclure des accords. Les hôpitaux doivent passer un contrat avec le *NHS Lead Commissioner*, le mandataire britannique, dans le respect des dispositions de l'accord cadre. Cet accord dispose que les patients du NHS ne peuvent se voir adresser une facture plus élevée que les patients belges et que les patients anglais ne peuvent avoir la priorité sur les patients belges. Seule la surcapacité éventuelle dans nos hôpitaux peut donc être mise à profit. Nous suivrons l'application de ces contrats et, si nécessaire, nous prendrons des sanctions. L'accord cadre ne mentionne d'ailleurs nullement l'élimination des listes d'attente britanniques.

Le rapport du groupe de travail Affaires sociales de la Convention appuie mon point de vue en matière de sauvegarde des systèmes de soins de santé et sociaux "mixtes". J'espère que mon texte, qui peut d'ailleurs être lu sur mon site internet, sera inséré à l'article 3 du traité de l'UE.

Des progrès considérables ont déjà été réalisés dans ce domaine. Ainsi, certains membres du groupe de travail soutiennent ma proposition tendant à intégrer une sorte de clause horizontale dans le Traité européen. Avec l'aide de juristes, j'ai formulé un texte que j'aimerais insérer à l'article 3. Vous trouverez sur mon site internet ce texte, que j'ai prononcé devant la Convention le 21 janvier: "dans toutes ses activités et quelque forme que prenne la politique mise en oeuvre, l'Union doit tenir compte du fait que les Etats membres développent des systèmes de sécurité sociale dans le cadre desquels ils organisent la solidarité, l'accessibilité et un haut niveau de qualité". Si ce principe peut être inscrit dans la Convention, il constituera une orientation importante pour la Cour de Justice.

Le groupe de travail social de la Convention a également réagi positivement à mon plaidoyer pour

een 'open coördinatie'. Hiervoor is een algemeen artikel nodig, zowel als specifieke toepassingsartikels voor diverse domeinen. Op deze manier formuleren we onze doelstellingen duidelijker en leren we mekaars systemen beter kennen.

Mijn pleidooi voor een gekwalificeerde meerderheid botst op meer weerstand. Als we de coördinatie van socialezekerheidsregelingen voor mobiele patiënten willen aanpassen, moeten we afstappen van de unanimiteitsvoorwaarde. Ik denk dat mijn argumenten wel indruk hebben gemaakt. Ik sluit niet uit dat de Britten me op dit vlak willen volgen, al blijven zij voor de rest zeer weigerachtig om op domeinen van het sociale beleid af te stappen van het unanimiteitsbeginsel.

Het debat in de Conventie is met andere woorden al zeer nuttig geweest. Daarnaast heeft de Europese Commissie ook een *High Level Group on Health* opgericht, die uit ministers en vertegenwoordigers van het middenveld bestaat. Maandagnamiddag vond de eerste vergadering van deze werkgroep plaats op ministerieel niveau. Ik heb de vergadering ervan kunnen overtuigen om een specifieke werkgroep op te richten voor een aantal zogenaamde horizontale kwesties. Hoe moeten we kijken naar het Europese Verdrag om als nationale beleidsmaker de mogelijkheid te behouden een eigen beleid te voeren én patiëntenmobiliteit mogelijk te maken? Hoe krijgen we meer wetgevende zekerheid in de patiëntenmobiliteit? Andere werkgroepen buigen zich over de kwaliteit van de gezondheidszorg, de toegankelijkheid, de professionele mobiliteit. In elk geval werd een belangrijk denkproces op gang gebracht.

Frankrijk, Nederland, België, het Verenigd Koninkrijk en Finland zullen in nauw contact met de andere landen een antwoord proberen te geven op deze vragen. Mijn voorstel was om van elk type model van Europees gezondheidszorgsysteem een vertegenwoordiger te nemen. Er zijn vier systemen: het staatssysteem, het rembourseringsstelsel, het in-naturastelsel en het Scandinavische stelsel. Deze *high level group* zet een belangrijk proces in gang van nadenken over gezondheidszorg.

Mevrouw Avontroodt vroeg me ten slotte mijn mening over de paper van De Grauwe en Polan. Het verbaast me dat de auteurs verbaasd zijn over de positieve correlatie tussen concurrentiekracht en

l'insertion d'une méthodologie dans le traité. C'est ce que j'appelle une "coordination ouverte". A cette fin, nous devons rédiger un article général ainsi que des articles spécifiques pour l'application dans divers domaines. De cette manière, nous formulerons nos objectifs avec davantage de précision et nous nous familiariserons avec les autres systèmes.

Ma prise de position en faveur d'une majorité qualifiée a rencontré davantage de réticences. Si nous souhaitons adapter la coordination des règles de sécurité sociale aux patients mobiles, nous devons abandonner la condition d'unanimité. Je pense toutefois que mes arguments ont fait leur effet. Je n'exclus pas que les Britanniques me rejoignent sur ce point même si, par ailleurs, ils restent très réticents à l'idée d'abandonner le principe de l'unanimité dans le domaine de la politique sociale.

En d'autres termes, le débat mené au sein de la Convention s'est avéré fort utile. La Commission a de surcroît créé un *High Level Group on Health*, composé de ministres et de représentants de la société civile. La première réunion de ce groupe de travail au niveau ministériel a eu lieu lundi après-midi. Je suis parvenu à convaincre l'assemblée de la nécessité de créer un groupe de travail spécifique pour un certain nombre de questions "horizontales". Comment concevoir le Traité européen si l'on veut, en tant que responsable politique national, conserver la possibilité de mener une politique propre, tout en rendant possible la mobilité des patients ? Comment obtenir davantage de sécurité législative en matière de mobilité des patients ? D'autres groupes de travail se consacreront à la qualité des soins de santé, à l'accessibilité et à la mobilité professionnelle. Quoi qu'il en soit, un important processus de réflexion a été engagé.

La France, les Pays-Bas, la Belgique, le Royaume-Uni et la Finlande s'efforceront d'apporter une réponse à ces questions, en étroite collaboration avec les autres pays. Ma proposition consistait à réunir un représentant de chaque type de système de soins de santé européen. Ces systèmes sont au nombre de quatre: le système d'Etat, le système de remboursement, le système de soins de santé en nature et le système scandinave. Ce *High Level Group* lance un important processus de réflexion dans le domaine des soins de santé.

Mme Avontroodt m'a enfin demandé mon opinion au sujet du rapport De Grauwe et Polan. Le fait que les auteurs s'étonnent de la corrélation positive entre compétitivité et développement de la sécurité

de uitbouw van de sociale zekerheid. Deze stelling wordt immers bevestigd door heel wat wetenschappelijke literatuur. De inhoud van deze paper bevestigt met andere woorden nog eens wat Europa sinds de top van Lissabon verdedigt: sociale bescherming en economische efficiëntie zijn mekaar vijand niet.

Ik geef even een polemische interpretatie. Zij die zeggen dat sociale bescherming slecht is voor de economische ontwikkeling hebben ongelijk, maar ook zij die zeggen dat openheid van handel, internationale verwevenheid en globalisering slecht zijn voor de sociale zekerheid, hebben ongelijk. Het hangt er gewoon van af wat wij willen. Men kan perfect een sociale bescherming uitbouwen in een land dat een *supertrader* is.

sociale me surpréend. Cette thèse est pourtant étayée par une ample littérature scientifique. La teneur de ce rapport confirme en d'autres termes ce que l'Europe défend depuis le sommet de Lisbonne : la protection sociale n'est pas l'ennemie de l'efficacité économique.

Je vais me livrer un instant à une interprétation polémique. Ceux qui prétendent que la protection sociale nuit au développement économique ont tort mais ceux qui affirment que la liberté de commerce, l'internationalisation et la mondialisation nuisent à la sécurité sociale ont également tort. Tout dépend simplement des objectifs que nous nous fixons. On peut parfaitement développer une protection sociale dans un pays très performant sur le plan économique.

03.06 Peter Vanvelthoven (SP.A): Een paar vragen blijven toch onopgelost. De minister zei dat voor Nederlandse patiënten die 'officieel' sociaal verzekerd zijn, enkel de ligdagprijs mag worden aangerekend. Voor wie particulier verzekerd is, mag daar een meerprijs bijkomen voor zover die objectief verantwoord is. Wie dus beter verzekerd is, kan meer betalen. Zal de verleiding voor de Belgische ziekenhuizen dan niet groot zijn om net die beter verzekerden aan te trekken?

03.06 Peter Vanvelthoven (SP.A): Quelques questions restent tout de même à résoudre. Le ministre a déclaré que seul le prix de la journée d'entretien peut être facturé pour les patients néerlandais qui sont "officiellement" assurés socialement. Pour les personnes assurées individuellement, une majoration peut être portée en compte, pour autant qu'elle se justifie objectivement. Une personne mieux assurée peut donc payer davantage. Les hôpitaux belges ne seront-ils pas tentés d'attirer cette catégorie de patients?

03.07 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De directeur van het Ziekenhuis Oost-Limburg verklaarde gisteren nog op televisie dat men enkel factureert wat men mag factureren. Waarop is uw vrees dan gebaseerd?

03.07 Frank Vandenbroucke , ministre (en néerlandais): Le directeur du Ziekenhuis Oost-Limburg a déclaré hier encore à la télévision que seul le montant facturable est facturé. Sur quoi votre crainte se fonde-t-elle?

03.08 Peter Vanvelthoven (SP.A): Op wat ik in de kranten lees: sommige ziekenhuisverantwoordelijken rekenen nu al meer aan dan wat geoorloofd is. In het bilateraal akkoord met Groot-Brittannië is bepaald dat er controle moet zijn op de uitvoering van de contracten. Dat zou ook nuttig zijn voor de contracten tussen de ziekenhuizen en de particuliere verzekeringen in Nederland.

03.08 Peter Vanvelthoven (SP.A): Sur ce que je lis dans les journaux: certains responsables d'hôpitaux facturent dès à présent davantage que le montant autorisé. L'accord bilatéral avec la Grande-Bretagne prévoit un contrôle de l'exécution des contrats. Cette mesure serait également utile dans le cadre des contrats entre les hôpitaux et les assurances individuelles aux Pays-Bas.

Tot slot is er het probleem van de wachtlijsten. We moeten absoluut vermijden dat dat probleem zich van Engeland en Nederland naar ons land verplaatst. De toestand mag nooit zo evolueren dat de Belgische patiënt langer moet wachten om de meer lucratieve buitenlander te laten voorgaan.

Enfin, il y a le problème des listes d'attente. Nous devons absolument éviter de l'importer de Grande-Bretagne et des Pays-Bas. Il ne faut en aucun cas que la situation évolue de manière telle que le patient belge doive attendre plus longtemps et que la priorité soit accordée à l'étranger dont la clientèle est plus lucrative.

03.09 Yolande Avontroodt (VLD): Ik zie niet alleen een probleem van patiëntenmobiliteit, maar

03.09 Yolande Avontroodt (VLD): Je crains un problème de mobilité pour les patients mais aussi

ook van verstrekkersmobiliteit.

Er stelt zich ook een ander probleem: naast de mobiliteit van de patiënten is er nu ook die van de zorgverstrekkers. Dat is principieel niet fout, maar we moeten ervoor zorgen dat onze werkomstandigheden aantrekkelijk genoeg blijven om onze goede zorgverstrekkers hier te houden. Anderzijds kan het uitbesteden van zorgverstrekkers een situatie zijn met voordelen aan beide kanten.

03.10 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Een uitgebreider debat over dit thema ware nuttig geweest, maar daar is in deze legislatuur uiteraard geen tijd meer voor. Dit debat kunnen we niet in slogans voeren. We moeten naar een transparant systeem op Europees niveau. Uw overeenkomst met de Britten biedt geen oplossing voor de situatie van Nederlanders in onze ziekenhuizen. Uw stappen naar de Nederlandse regering kunnen misschien ook daaraan verhelpen. U beroept zich op verordening 1408, maar daarin gaat het over individuele gevallen.

U noemt uw akkoord met de Britten bilateraal, maar wie van ons gaat voor zorgverstrekking naar Groot-Brittannië? Ik zie niet wat er bilateraal aan is. Het is ook niet complementair. Het akkoord komt tegemoet aan de noden van de Britten, maar kan ons systeem van zorgverstrekking verstoren. U zegt wel dat zij betalen wat wij betalen, maar de zorgverstrekking wordt deels betaald met gemeenschapsgeld, denk maar aan de infrastructuur en de apparatuur. Waarom hanteert u deze solidariteit met de Britten en hoe ver wil u hierin gaan? Men kan op die manier het financieel evenwicht van ons eigen systeem onder druk zetten.

Ook andere aspecten worden hierdoor beïnvloed: de taal, de overcapaciteit, de responsabilisering, de organisatie en het programmeren moeten zeker op de voet gevolgd worden. Het is belangrijk dat de sociale cohesie op het vlak van het gezondheidszorgsysteem bewaard blijft. Is het billijk te streven naar een systeem van gelijkheid in de gezondheidszorg op Europees niveau terwijl er zelfs bij ons nog geen gelijkheid is - denk maar aan het grote verschil tussen de werknemers en de zelfstandigen?

03.11 Jo Vandeuren (CD&V): De minister moet duidelijkheid creëren. Wij zitten op veel terreinen in een situatie van ad hoc discussies en interpretaties.

pour les prestataires de soins.

Un autre problème se pose : outre la mobilité des patients, il y a désormais également celle des prestataires de soins. Sur le plan des principes, nous ne sommes pas opposés à cette évolution mais nous devons veiller à maintenir des conditions de travail suffisamment attrayantes afin que les bons prestataires de soins ne soient pas tentés de quitter notre pays. Par ailleurs, l'échange de prestataires de soins, sous la forme de détachements temporaires, pourrait créer une situation gagnante pour les deux parties.

03.10 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Il aurait été utile de mener un débat plus vaste sur ce thème mais nous manquons évidemment de temps à l'approche de la fin de la législature. Ce débat mérite plus que des slogans. Nous devons évoluer vers un système transparent au niveau européen. Votre accord avec les Britanniques n'apporte pas de solution en ce qui concerne les Néerlandais dans nos hôpitaux. Vos démarches auprès du gouvernement néerlandais pourraient peut-être contribuer à régler cette situation là. Vous vous basez sur le Règlement n° 1408 mais celui-ci évoque seulement des cas individuels.

Vous qualifiez l'accord conclu avec les Britanniques de bilatéral mais lequel d'entre nous ira se faire soigner en Grande-Bretagne ? Je ne vois pas en quoi cet accord est bilatéral. Il n'est pas davantage complémentaire. Cet accord répond aux besoins des Britanniques mais pourrait perturber notre système de soins de santé. Vous indiquez qu'ils paient la même chose que nous mais les soins sont en partie financés par les deniers publics. Songez à l'infrastructure et au matériel. Pour quelle raison faites-vous preuve de solidarité envers les Britanniques et jusqu'où comptez-vous aller ? Nous pourrions ainsi mettre en péril l'équilibre financier de notre propre système.

D'autres aspects seront également influencés par cet accord : la langue, la surcapacité, la responsabilisation, l'organisation et la programmation devront être attentivement suivies. Il importe que la cohésion sociale soit préservée en matière de soins de santé. Est-il équitable d'œuvrer pour la création d'un système égalitaire de soins de santé en Europe alors que des inégalités subsistent encore dans notre propre pays? Songez à l'important fossé qui sépare les salariés des indépendants.

03.11 Jo Vandeuren (CD&V): Le ministre doit apporter une clarification. Dans de nombreux domaines, nous nous trouvons dans une situation

De actoren willen zekerheid inzake tarieven en meerkost.

Particuliere verzekeraars zouden natuurlijk graag onder het stelsel van de verordening vallen, maar daarover moet zeer goed worden nagedacht. Rechtstreekse subsidie is zeker niet de goede methode.

Met gelijkheid kunnen we akkoord gaan, doch dit is een verregaande discussie. In het zorgprogramma cardiologie bijvoorbeeld moet een minimumaantal operaties worden uitgevoerd om erkend te blijven. Het opereren van Engelse patiënten zou dus nodig kunnen zijn om de erkenning te behalen. Wat is de houding van de overheid daaromtrent? Indien echter enkel Belgische patiënten in aanmerking zouden komen voor het halen van de norm, zou dat mij ook dwarszitten. Medisch gezien is een Belgisch en een Brits hart uiteraard hetzelfde. Indien u een kwantitatieve norm oplegt omwille van de kwaliteit hebt u een punt, maar dit moet allemaal onderzocht en overwogen worden. Het is een heel complex gegeven. De ziekenhuizen nemen natuurlijk de meer interessante patiënten: zo kunnen zij hun structurele financiële problemen oplossen.

Er zijn natuurlijk Belgische artsentarieven, maar wat met de honoraria van specialisten wanneer de patiënt in een eenpersoonskamer ligt of de arts niet geconventioneerd is en zich niet aan de afspraken houdt? Kunt u dit allemaal checken? Hoe gaat u de artsen verplichten zich aan de richtlijnen te houden?

03.12 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Ik beaam wat de heer Vandeurzen zegt: er zijn inderdaad veel aspecten aan het probleem. Een ervan is de mobiliteit van de verstrekkers. Het gaat om meer dan patiëntenmobiliteit.

Mevrouw Van de Castele is het slachtoffer van de manier waarop de zaak in de pers kwam. Ik heb het radionieuws van maandagavond zelfs moeten corrigeren toen daar zonder meer gezegd werd dat de Britten nu in België kunnen verzorgd worden tegen dezelfde prijs. Daardoor werd de indruk gewekt dat het louter om een sympathieke

où nous menons des débats et nous livrons à des interprétations ad hoc. Les acteurs de terrain veulent savoir à quoi s'en tenir en matière de tarifs et de surcoûts.

Les assureurs privés aimeraient naturellement relever du système du règlement mais cette question doit faire l'objet d'une réflexion approfondie. Quoi qu'il en soit, le subventionnement direct n'est certainement pas la bonne méthode.

Nous pouvons marquer notre accord sur la question de l'égalité mais il faut y consacrer un débat de fond. Dans le programme de soins cardiologiques, par exemple, un établissement hospitalier doit pratiquer un nombre minimum d'opérations pour rester agréé. Opérer des patients anglais pourrait donc être nécessaire pour obtenir cet agrément. Quelle position adopte l'autorité publique à cet égard? J'avoue que je serais contrarié si, pour atteindre cette norme, on ne prenait en compte que des patients belges. Du point de vue médical, un cœur belge et un cœur anglais sont évidemment identiques. Si vous imposez une norme quantitative pour garantir la qualité des soins, on ne peut vous le reprocher. Mais il importe d'examiner et d'évaluer tout cela. C'est un dossier très complexe. Les hôpitaux acceptent évidemment de soigner les patients les plus intéressants car ils peuvent ainsi résoudre leurs difficultés financières structurelles.

Des tarifs de médecins sont évidemment en vigueur en Belgique mais qu'en est-il des honoraires des spécialistes si un patient occupe une chambre à un lit ou que le médecin n'est pas conventionné et ne respecte pas les accords en vigueur? Etes-vous en mesure de contrôler tous ces éléments? Comment comptez-vous vous y prendre pour obliger les médecins à respecter les directives?

03.12 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): Je partage le point de vue de M. Vandeurzen: le problème revêt, en effet, de multiples aspects au nombre desquels il convient de citer la mobilité des prestataires de soins. L'enjeu dépasse donc largement le seul aspect de la mobilité des patients.

Mme Van de Castele est victime de la manière dont ce dossier a été présenté dans la presse. Je me suis même vu contraint d'apporter un rectificatif aux informations, diffusées à la radio lundi soir, selon lesquelles les Britanniques peuvent désormais bénéficier en Belgique de soins au même prix. Cette information donnait à penser que

toegeeflijkheid ten aanzien van de Britten zou gaan. Dat is natuurlijk niet zo. De evolutie zou er sowieso gekomen zijn. Wij kunnen zelfs niet tegenhouden dat de *National Health Service* verzorging zou gaan aankopen.

03.13 Yolande Avontroodt (VLD): Dan moet u ze doorrekenen.

03.14 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): We moeten niet alleen kijken of de weegschaal in balans is, maar ook wat het reguleringsmechanisme is. Ik ga voor de regulering volgens de geest van de Europese verordening 1408.

Het is niet zo dat wij de Britten een voorkeursbehandeling willen geven. Zij kunnen nu eenmaal naar hier komen ingevolge de structuur van de Unie. Die structuur is op dat punt niet heel duidelijk. Daarom vond ik het nuttig met de Britten een bilateraal akkoord af te sluiten. Zij gingen meteen akkoord, want het is een win-win-situatie. Wij garanderen de Nederlanders kwaliteit. Ook dat is een win-winsituatie. Wanneer ik met de Spanjaarden over de Belgische gepensioneerden daar onderhandel, heb ik er belang bij een coherent verhaal te hebben.

Er is niet onmiddellijk een aanwijzing dat ziekenhuis Zuid-Oost-Limburg iets oneerbaars doet, maar ik ben daar niet geheel zeker van.

Controle en transparantie zijn absoluut noodzakelijk. Controle op de boekhouding oefen ik uit via de ziekenhuiswetgeving. Ik mis echter een raamakkoord dat de controle op een aantal gevoelige punten focust. We hebben een dergelijk akkoord met de Britten en het zou goed zijn om dit ook met andere landen te hebben. Wat het probleem met de wachtlijsten betreft, zou het goed zijn om totale transparantie en monitoring te hebben. Ik zou u dan precies kunnen vertellen hoeveel Nederlandse patiënten we hebben en in welke ziekenhuizen ze verblijven.

03.15 Yolande Avontroodt (VLD): Ik denk dat we niet te streng moeten reguleren. Het kan immers ook voor de ziekenhuizen een win-win-situatie zijn.

Het incident is gesloten.

le dossier était uniquement l'expression d'un sentiment de sympathique indulgence de notre part à l'égard des Britanniques. Il n'en est évidemment pas ainsi. Cette évolution était inéluctable. Nous ne sommes même pas en mesure d'empêcher que le *National Health Service* «achète» des soins.

03.13 Yolande Avontroodt (VLD): Dans le cas, il faut répercuter la facture.

03.14 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Nous ne devons pas uniquement vérifier si la balance est en équilibre mais également quel est le mécanisme de régulation. Quant à moi, je plaide en faveur de la régulation conformément à l'esprit du règlement européen 1408.

Il est faux de prétendre que voulons accorder un traitement de faveur aux Britanniques. Dans le cadre de la structure de l'Union, rien ne leur interdit de venir se faire soigner chez nous. Cette structure manquant de clarté, j'ai jugé opportun de conclure un accord bilatéral avec les Britanniques. Ceux-ci ont acquiescé à cette suggestion, car les deux parties sortent gagnantes de l'opération. Quant aux Néerlandais, nous leur garantissons la qualité. Là aussi, les deux parties sont gagnantes. Lorsque que je négocie avec les Espagnols à propos des retraités belges résidant dans ce pays, j'ai tout intérêt à tenir un discours cohérent.

Aucune indication ne permet de penser que l'hôpital du Sud-Ouest du Limbourg se livre à des pratiques douteuses, mais je n'en suis pas convaincu à cent pour cent.

Le contrôle et la transparence sont absolument impératifs. Je contrôle la comptabilité par le biais de la législation sur les hôpitaux. Je ne dispose cependant pas d'un accord cadre qui focaliserait le contrôle sur un certain nombre de points délicats. Nous avons conclu un accord de ce type avec les Britanniques et il serait bon de procéder de la sorte avec d'autres pays. En ce qui concerne le problème des listes d'attente, il conviendrait d'instaurer une transparence totale et un contrôle. Je pourrais alors vous indiquer précisément combien de patients néerlandais ont séjourné dans nos hôpitaux et à quels établissements ils se sont adressés.

03.15 Yolande Avontroodt (VLD): Je pense que nous ne devons pas adopter une réglementation trop stricte. Il est en effet possible que cette situation profite également aux hôpitaux.

L'incident est clos.

04 Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van materiaal voor ziekenhuizen" (nr. A869)

04.01 Jo Vandeurzen (CD&V): De ziekenhuizen zijn ontevreden over de terugbetaling van endoscopisch en viscerosynthesemateriaal. De terugbetaling is beperkt tot 10 percent van een vooraf bepaald bedrag, dat veel lager ligt dan de reële kosten van dit materiaal voor het ziekenhuis. Hoe werden de bedragen waarop de 10-percentregel wordt toegepast, vastgesteld? Kan de minister bewijzen dat zij overeenkomen met de reële kostprijs van die materialen? Worden door deze regeling de kosten niet op de patiënt afgewenteld?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De bedragen waarop de 10 percentregel wordt toegepast, kan men opdelen in enerzijds bedragen waarvoor nog geen terugbetaling bestaat en anderzijds bedragen die door de aanvullende verzekering worden terugbetaald. Deze regeling biedt een oplossing voor de toenemende juridische geschillen en onduidelijkheden met betrekking tot het aanrekenen van dergelijk materiaal. Voortaan worden deze materialen voor alle verzekerden op dezelfde wijze aangerekend, ongeacht het ziekenfonds waarbij men is aangesloten.

De financiële gevolgen voor de patiënt blijven beperkt doordat het overblijvend remgeld wordt opgenomen in de teller van de MAF. Vanaf 1 april 2003 kunnen de kosten van het endoscopisch en viscerosynthesemateriaal enkel nog aangerekend worden als zij worden terugbetaald door de ziekte- en invaliditeitsverzekering of als zij door de minister op een lijst zijn opgenomen nadat er een voorstel tot opname in de nomenclatuur is geformuleerd.

Na overleg met de betrokken partijen is beslist om de nieuwe terugbetaling te evalueren en indien nodig de forfaitaire bedragen aan te passen. Het Verzekeringscomité heeft het voorstel van gedeeltelijke terugbetaling van endoscopisch en viscerosynthesemateriaal goedgekeurd. Voortaan worden de gegevens uitgewisseld, geanalyseerd en aan het Verzekeringscomité meegedeeld. De bedragen die ontoereikend blijken te zijn, worden herzien en voor 1 juli 2003 aan het Verzekeringscomité voorgelegd. Er worden wachtlijsten opgesteld voor verstrekkingen waarbij de meerwaarde van de endoscopie wordt aanvaard en waarbij de kosten aan de patiënt kunnen worden

04 Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement de matériel pour les hôpitaux" (n° A869)

04.01 Jo Vandeurzen (CD&V): Le remboursement du matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse mécontente les hôpitaux. Ce remboursement est limité à 10 % d'un montant fixé préalablement qui est nettement inférieur aux frais réels de ce matériel à charge de l'hôpital. Comment les montants auxquels s'applique la règle des 10 % ont-ils été fixés ? Le ministre peut-il prouver qu'ils correspondent au prix réel de ces matériels ? Ce règlement n'a-t-il pas pour effet de répercuter les frais sur les patients ?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): On peut subdiviser les montants auxquels s'applique la règle des 10 %, d'une part, en montants pour lesquels aucun remboursement n'est encore prévu et, d'autre part, en montants qui sont remboursés par l'assurance complémentaire. Ce règlement offre une solution au problème du nombre sans cesse croissant de litiges juridiques et du manque de clarté entourant la facturation de ce type de matériel. Dorénavant, ces matériels seront facturés de la même manière pour tous les assurés, quelle que soit la mutualité à laquelle ils sont affiliés.

Les conséquences financières pour les patients sont limitées grâce au fait que le ticket modérateur restant est intégré dans le calcul du maximum à facturer. A partir du 1^{er} avril 2003, les frais du matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse ne seront plus facturés que s'ils sont remboursés par l'assurance maladie-invalidité ou si le ministre les a inclus dans une liste après qu'une proposition d'insertion dans la nomenclature a été formulée.

Après concertation avec les parties concernées, j'ai décidé de procéder à une évaluation du nouveau mode de remboursement et, si nécessaire, d'adapter les forfaits. Le Comité de l'assurance a approuvé la proposition de remboursement partiel du matériel d'endoscopie et de viscérosynthèse. Dorénavant, les informations seront échangées, analysées puis communiquées au Comité de l'assurance. Les montants qui s'avèrent insuffisants seront revus et soumis au Comité de l'assurance avant le 1^{er} juillet 2003. Des listes d'attente seront dressées pour des prestations dont la plus-value de l'endoscopie sera acceptée et dont les frais pourront être facturés aux patients. L'ensemble de

aangerekend. De volledige nomenclatuur van de endoscopische en viscerosynthesematerialen wordt herzien. Hierbij worden technische specialisten betrokken. De nomenclatuur en de wachtlijsten zullen regelmatig worden bijgewerkt. De minister van Volksgezondheid heeft beloofd zo snel mogelijk een oplossing voor het probleem van de hersterilisatie te zoeken.

De nieuwe regeling wentelt de kosten zeker niet op de patiënt af. We verbieden immers het aanrekenen van materialen en gaan de ziekenhuizen bijkomend financieren. We voeren daarbij veel overleg met alle betrokken partijen. We hebben de voorbije jaren veel inspanningen geleverd om het budget voor medische materialen bij de ziekenhuizen te verhogen: 27,625 miljoen euro meer in 2001 en bijkomend 32,24 miljoen euro in 2003. Ten slotte is er 18,3 miljoen euro beschikbaar gesteld om de extra kosten van een verbod tot hersterilisatie op te vangen.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van mevrouw Annemie Van de Casteele aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "de terugbetaling van het geneesmiddel Pegasys" (nr. A903)

05.01 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Hepatitis C kan levercirrose en leverkanker veroorzaken en is een bron van veel menselijk leed en hoge medische kosten. Pegasys is een nieuw interferon dat gebruikt wordt voor de behandeling van hepatitis C. Volgens de hepathologen is het middel superieur aan de op de Belgische markt beschikbare middelen en bedraagt het genezingspercentage 60 procent. Daarom wordt het op de meeste wetenschappelijke conferenties aanbevolen als de nieuwe standaardbehandeling en wordt het door de meeste van onze buurlanden ook terugbetaald. Toch zou de betrokken RIZIV-commissie een negatief advies hebben uitgebracht.

Klopt dit bericht? Waarop was dit negatieve advies gebaseerd? Over welke kostprijs spreken we hier? Moet ook het genezingspercentage van 60 procent en de resulterende kostenbesparing niet in aanmerking worden genomen? Over hoeveel patiënten gaat het? Wat is de houding van de minister in dit dossier?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Momenteel bestaat de standaardbehandeling van hepatitis C uit interferon,

la nomenclature des matériels d'endoscopie et de viscérosynthèse sera revu. Des spécialistes techniques seront associés à cette révision. La nomenclature et les listes d'attente seront mises à jour régulièrement. Le ministre de la Santé publique a promis d'apporter le plus rapidement possible une solution au problème de la restérilisation.

Le nouveau règlement n'a nullement pour effet de répercuter les frais sur les patients. Nous interdisons en effet toute facturation de matériels et financerons davantage les hôpitaux. Nous nous concertons abondamment à ce sujet avec toutes les parties concernées. Ces dernières années, nous avons fourni de gros efforts pour accroître le budget des matériels médicaux utilisés par les hôpitaux : 27,625 millions d'euros de plus en 2001 et 32,24 millions de plus en 2003. Enfin, nous avons dégagé 18,3 millions d'euros pour financer le surcoût d'une interdiction de restérilisation.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le remboursement du médicament Pegasys" (n° A903)

05.01 Annemie Van de Casteele (VU&ID): L'hépatite C peut évoluer vers une cirrhose ou un cancer du foie et est source de bien des souffrances humaines et entraîne des frais médicaux importants. Pegasys est une nouvelle forme d'interféron utilisé dans le traitement de l'hépatite C. D'après les hépatologues, le produit est plus efficace que les produits disponibles sur le marché belge et le taux de guérison est de 60 %. Le produit est donc recommandé comme le nouveau traitement standard lors de la plupart des conférences scientifiques et il est remboursé dans la majeure partie des pays voisins. La commission compétente au sein de l'INAMI aurait toutefois rendu un avis négatif.

Est-ce exact? Sur quels éléments cet avis négatif se fonde-t-il? Quel serait le montant des dépenses supplémentaires dans l'hypothèse du remboursement? Ne conviendrait-il pas de prendre également en compte le taux de guérison de 60 % et les économies qui en résultent? Combien de patients sont-ils concernés? Quel est le point de vue du ministre dans ce dossier?

05.02 Frank Vandenbroucke , ministre (en néerlandais): Actuellement, le traitement de base de l'hépatite C se compose d'interféron, combiné si

indien mogelijk in associatie met ribavirine. Beide geneesmiddelen worden terugbetaald. Recent werden de zogenaamde gepegyleerde interferonen ontwikkeld. Deze moeten slechts éénmaal in plaats van driemaal per week worden toegediend, maar zijn wel driemaal duurder dan de klassieke moleculen.

De commissie terugbetaling geneesmiddelen (CTG) adviseerde positief op de terugbetaling van het zogenaamde PEGintron. Over Pegasys kwam de CTG niet tot een eensluidend advies. Ondertussen zijn er echter nieuwe elementen beschikbaar en ik heb de CTG daarom gevraagd om het dossier opnieuw te evalueren. In afwachting wordt het geneesmiddel echter nog niet terugbetaald.

possible à la ribavirine. Ces deux médicaments sont remboursés. De nouveaux médicaments appelés interférons pégylés ont récemment été mis au point. Ils ne doivent être administrés qu'une fois par semaine plutôt que trois fois mais ils coûtent trois fois plus cher que les molécules classiques.

La Commission de remboursement des médicaments (CRM) a formulé un avis positif en faveur du remboursement du PEGintron. Quant au Pegasys, la CRM n'a pas émis d'avis unanime. Dans l'intervalle, de nouveaux éléments sont toutefois apparus et j'ai donc demandé à la CRM de réévaluer le dossier. En attendant, le médicament n'est toujours pas remboursé.

05.03 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Er is dus hoop in dit dossier. Kan de minister een timing vooropstellen?

05.03 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Tout espoir n'est donc pas perdu dans ce dossier. Le ministre peut-il fournir un échéancier ?

05.04 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Daar durf ik mij niet over uitspreken. Ik hoop dat het zo snel mogelijk positief wordt geadviseerd.

05.04 Frank Vandenbroucke , ministre (en néerlandais): Je ne m'y risquerai pas. J'espère que la commission rendra un avis favorable dans les meilleurs délais.

05.05 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Kan de minister het niet laten navragen?

05.05 Annemie Van de Casteele (VU&ID): Le ministre ne peut-il se renseigner à ce sujet ?

05.06 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Ik wil de CTG niet opjagen, maar ik zal de vraag stellen.

05.06 Frank Vandenbroucke , ministre (en néerlandais): Je ne vais pas presser la CRM mais je poserai la question.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.06 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16.06 heures.